

東邦大学医療センター大森病院における小児科医，臨床心理士， 精神科医による連携医療

橋本 卓史^{1,5)*} 小嶋 靖子¹⁾ 飯野 久美²⁾
 渡辺 信堅²⁾ 船渡川智之³⁾ 蓮舎 寛子^{3,4)}
 羽賀 洋一¹⁾ 中山 智孝¹⁾ 高橋 浩之¹⁾
 松裏 裕行¹⁾ 水野 雅文³⁾ 小原 明¹⁾

¹⁾東邦大学医療センター大森病院小児科

²⁾東邦大学医療センター大森病院小児科臨床心理士

³⁾東邦大学医療センター大森病院精神神経科

⁴⁾東邦大学医療センター大橋病院心の診療科

⁵⁾たくこどもクリニック

要約：目的：子どもの心の問題においてプライマリケアを担う小児科医の臨床心理士，精神科医との連携の状況を明らかにする。

対象および方法：過去 18 年間に東邦大学医療センター大森病院小児科で臨床心理士との連携による診療後に精神科医の介入を要した外来・入院患者の臨床像を後方視的に検討した。

結果：患者は受診時年齢 5 歳から 15 歳の 45 例（男児 19 例，女児 26 例），主訴は身体症状 28 例，行動の問題 13 例，精神症状 4 例であった。小児科では 10 例が起立性調節障害，7 例が身体表現性障害と診断され，臨床心理士によるカウンセリングや遊戯療法が行われた。その後精神科を受診した主な理由は，行動の問題 24 例，精神症状 17 例，身体症状 4 例であった。精神科では 16 例が広汎性発達障害と診断され，長期間の観察の後に統合失調症と診断された児が 3 例存在した。転帰を確認することができた 30 例のうち 21 例は現在も精神科に通院していた。

まとめ：本研究において患者が精神科医に紹介された主な理由は，行動の問題または精神症状であり，それらが全体の 91% を占めた。心因性疾患や発達障害の診断は小児科医では困難なことがあり，33 例において精神科を受診した後に精神科医の検討により診断が変更になった。適切な紹介が行われるために小児科医，臨床心理士，精神科医によるカンファレンスを定期的に行った。

東邦医学会誌 64(3)：170-174, 2017

索引用語：子どもの心の診療，連携，紹介

はじめに

近年，精神的・心理社会的問題により小児科を受診する

児が増えている。平成 11 年に行われた全国規模の病院調査によると，全身倦怠感，頭痛，腹痛などの症状を訴え小児科を受診した 3 歳以上の児のうち，5.8% が医師により

1, 2, 3) 〒143-8541 大田区大森西 6-11-1

4) 〒153-8515 目黒区大橋 2-17-6

5) 〒215-0021 川崎市麻生区上麻生 5-6-18

*Corresponding Author: tel: 044(322)0380

e-mail: info@dr-taku.jp

DOI: 10.14994/tohoigaku.2017.64-03-170

受付：2017 年 3 月 21 日，受理：2017 年 7 月 21 日

東邦医学会雑誌 第 64 巻第 3 号，2017 年 9 月 1 日

ISSN 0040-8670, CODEN: TOIZAG

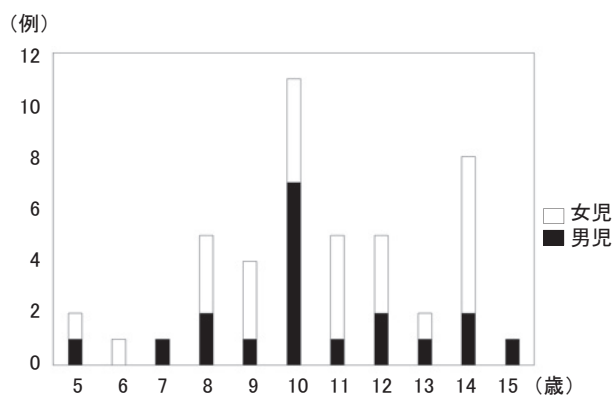


図 男女別初診時年齢

「心の問題あり」と判定された¹⁾。平成18年厚生労働省により作成された「子どもの心の診療テキスト」には、一般の小児科医に望まれる子どもの心の診療範囲として、重症のもの以外は第一線の小児科医が主となって助言や環境調整など保護者への対応を中心に診療することで子どもの心の問題の改善が期待できると記載されている²⁾。また、小柳は小児科医による心身症治療を推奨し、通常の経過で症状が軽減せず諸検査で器質的疾患の存在を認めない場合「心理社会的因子の影響」と考えがちであるが、「症状へのとらわれ」や「二次的不安の影響」という心理的作用として対応し症状コントロールに努めれば、治療は専門外来でなくとも一般小児科外来で十分可能であると述べている³⁾。当院は東京都大田区、品川区を医療圏とし、小児科では専門分野のみならず幅広い疾患に対応することを旨として、昭和63年から外来または病棟の主治医が臨床心理士（以下心理士）と連携して診療を行ってきた。子どもの精神的・心理社会的問題を対象とした専門外来はなく、一般の小児科医、小児神経学の専門医が心の問題により小児科を受診した児に対応している。一方、精神神経科には児童思春期外来があり、専門の精神科医が子どもの心の診療に携わっている。本研究は、当院での子どもの心の診療における一般の小児科医、心理士、専門の精神科医の連携の状況を明らかにすることを目的として行われた。

対象と方法

対象は平成10年1月から平成27年12月の18年間に東邦大学医療センター大森病院の小児科を受診し、小児科医と心理士が連携して診療を行った後に精神科医の介入を要した患者。但し、小児科の受診が1回のみで精神科に紹介した患者、診断または治療の効果判定のために心理士が心理検査のみを行った患者は除外した。外来もしくは入院診療録の記載を後方視的に検討した。今回検討した内容は、①患者数、性差、②主訴、③患者背景、④検査、⑤診断及

び治療、⑥転帰である。⑤診断についてはICD-10に掲載されているものを使用し、起立性低血圧症を起立性調節障害に言い換えた。また、⑥については平成27年9月の時点で転帰不明の19例に対し、本人、保護者から書面によりインフォームド・コンセントを得てアンケートによる調査を行った。アンケートでは、患者が小児科の外来または病棟で心理士による面接を受けたときの状況、小児科の診療を終了してからアンケートを実施した平成27年9月までの心の問題、精神科への受診状況について質問した。その際、アンケート対象者に未成年者が含まれるため、わかりやすい言葉で十分な説明を行い、理解が得られるよう努めた。また、アンケート対象者が未成年者である場合には、児の父母などの代諾者からのインフォームド・コンセントを受けた。なお、本研究は東邦大学医療センター大森病院の倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号27-65)。

結果

1. 患者数、性差

年に0~4例、18年間に計45例の患者が心の問題により小児科で治療を行った後に精神科への相談を必要とした。14例(31%)が家庭医からの紹介患者であり、12例(27%)が入院した。初診時年齢は5歳から15歳、中央値10歳であり、性差は男児19例、女児26例、女児が男児の1.4倍であった(図)。小児科における観察期間は1月から8年5カ月、中央値1年11カ月であった。

2. 主訴

主訴は、身体症状28例(62%)、行動の問題13例(29%)、精神症状4例(9%)であった。身体症状は嘔気・嘔吐6例、腹痛4例、頭痛4例、胸痛2例、全身倦怠感2例、呼吸困難2例、視力低下1例、難聴1例など、行動の問題は不登校5例、衝動的行為3例、異常行動1例、無気力1例など、精神症状は不安1例、恐怖1例、気分変容1例、健忘1例であった。45例中19例に不登校がみられたが、不登校を主訴として来院した児は5例であった。後に子ども虐待が判明した9例の主訴は身体症状4例、行動の問題4例、精神症状1例であった。

3. 患者背景

45例中19例が既往歴を有し、低出生体重児5例、内分泌・代謝性疾患5例、神経疾患4例、アレルギー疾患4例、消化器疾患1例を認めた。また、学校生活の問題として不登校19例、いじめ11例がみられた。家族歴では、母親7例、父親5例、同胞4例、祖父母2例、おば2例が精神疾患を有した。養育者は実父母30例(67%)、実母のみ10例(22%)、実母と継父またはパートナー4例(9%)、実父のみ1例(2%)であった。9例に実父または実母による子ども虐待(身体的虐待5例、心理的虐待3例、ネグレクト2例、性的虐待1例、代理ミュンヒハウゼン症候群1

表1 小児科診断名

疾患	症例数 (例)
起立性調節障害	10
身体表現性障害	7
気分障害	6
広汎性発達障害	5
吃音症	4
解離性障害	3
過敏性腸症候群	3
他の腸の機能障害	2
外傷後ストレス障害	2
チック障害	2
睡眠障害	2
多動性障害	1
適応障害	1
摂食障害	1
他の不安障害	1
視覚障害	1
心因性難聴	1

(重複症例あり, 全 45 例)

表2 精神科診断名

疾患	症例数 (例)
広汎性発達障害	16
適応障害	7
身体表現性障害	6
気分障害	6
解離性障害	4
睡眠障害	4
心理的発達の障害	4
統合失調症	3
反応性愛着障害	3
外傷後ストレス障害	2
他の不安障害	2
多動性障害	2
表出性言語障害	2
摂食障害	1
反抗挑戦性障害	1

(重複症例あり, 全 41 例, 診断不明の 4 例を除く)

例, 重複症例あり) がみられた。心理的虐待は 3 例とも父親から母親へのドメスティック・バイオレンスに曝された児であった。

4. 検査

小児科では 17 例に心理検査, 12 例に中枢神経の画像検査, 4 例に脳波検査が行われた。心理検査は, 発達及び知能検査としてウェクスラー式知能検査 (WISC) 10 例, 性格検査として PF スタディ 7 例, 描画テスト 5 例, 矢田部ギルフォード (YG) 性格検査 4 例, エゴグラム 1 例, 文章完成テスト (SCT) 1 例, その他の心理検査として子どもの行動チェックリスト (CBCL) 2 例, 視覚・運動統合検査 (BGT) 1 例, SM 社会生活能力検査 1 例, 不安尺度 (MAS) 1 例, 田研式親子関係診断テスト 1 例が行われた。画像検査は頭部 MRI 8 例, 頭部 CT 6 例, 脳 SPECT 2 例であった。

5. 診断及び治療

小児科では 10 例が起立性調節障害, 7 例が身体表現性障害と診断され (表 1), 16 例 (36%) に薬物治療, 全例に心理士によるカウンセリングまたは遊戯療法が行われた。心理士による面接の対象者は親子同時または親子並行 40 例, 親のみ 4 例, 子のみ 1 例であった。治療は外来または病棟の主治医と心理士のチームにより行われた。その後精神科を受診した主な理由は, 行動の問題 24 例 (53%), 精神症状 17 例 (38%), 身体症状 4 例 (9%) であった。行動の問題は精神運動興奮 7 例, 自傷 6 例, 対人関係の問題 4 例, コミュニケーションが苦手 2 例, こだわりが強い 2 例, 攻撃性 1 例など, 精神症状は抑うつ 6 例, 解離 4 例,

自信・自尊心の低下 2 例, 不安 2 例, 幻聴 1 例など, 身体症状は嘔吐 2 例, 食思不振 1 例などであった。精神科では 16 例が広汎性発達障害と診断され, 45 例の中には長期間の観察の後に統合失調症と診断された児が 3 例存在した (表 2)。平成 17 年から小児科医, 精神科医, 心理士による症例検討のためのカンファレンスを月 1 回行った。

6. 転帰

4 例からアンケートに対する回答があり (回収率 21%), 45 例中 30 例 (67%) で転帰を確認することができた。30 例の平成 27 年 12 月現在の年齢は 8 歳から 25 歳, 中央値 16 歳であった。30 例中 29 例で症状は残存していたが, 21 例がその後も精神科または心療内科に通院し, 9 例が通院を終了していた。

考 案

厚生労働省により 3 年毎に実施されている患者調査によると, 0~14 歳の「精神及び行動の障害」による推計外来患者数は増加傾向にあり, 平成 23 年 10 月の 1 カ月間で 92,000 人であった⁴⁾。当院でも心の問題により小児科を受診する児が増えているが, 過去 18 年間に診療を行った後に精神科医の介入を要した患者の数は変わっていない。

本研究における性差は男児 19 例, 女児 26 例であった。子どもの精神的・心理社会的問題に小児科の専門医が対応している施設では, 就学前から小学生にかけては男児が多く, 中学生以上では女児が多かったと報告している^{5,6)}。本研究では, 就学前から小学生が男児 15 例, 女児 19 例, 中学生以上が男児 4 例, 女児 7 例であった。

主訴は、身体症状と行動の問題が全体の91%を占めた。また、身体症状により発症した28例のうち13例がその後精神症状を認めた。蓮舎らは、統合失調症や双極性障害などの重症精神疾患の患者のうち、意欲低下や集中力低下などの精神症状を認める以前の児童期、思春期に頭痛などの身体症状を呈した一群に、早期から著明な心理社会的機能の低下が認められたことを報告した⁷⁾。思春期の子どもが原因不明の身体症状を訴える場合、医師は生育歴を含めた病歴と診察所見を把握し、経時的に社会適応度を評価することが重要である、と述べている⁷⁾。

患者背景として、不登校19例、いじめ11例、親の精神疾患11例、子ども虐待9例がみられた。不登校の存在に気づいたときの小児科医の対応について、小児心身医学会ガイドライン集には「身体症状をもとにした関わり」を積極的に行うべきである、と記載されている⁸⁾。本研究では、不登校を認めた児19例のうち11例の主訴が身体症状であった。被虐待児は抑うつ、自傷行為、攻撃性など、様々な精神症状を呈することが知られているが⁹⁾、以前筆者が被虐待児50例の臨床像について調査したところ46例の主訴が身体症状であった¹⁰⁾。本研究では、身体症状を主訴に小児科を受診した被虐待児4例のうち、その後2例が行動の問題、2例が精神症状を認めた。

患者が精神科医に紹介された主な理由は、行動の問題または精神症状であり、それらが全体の91%を占めた。患者や家族が精神科への受診をためらうことがあるため、小児科医がその必要性について十分に説明した。心因性疾患や発達障害の診断は小児科医では困難なことがある。16例の広汎性発達障害のうち11例は精神科を受診した後に診断された。また、33例において小児科での診断が精神科医の検討により変更になった。

転帰を確認することができた30例のうち21例はその後精神科または心療内科に通院していた。小児科外来で心の診療を行った患者の転帰について、治療後に症状が改善したという報告がある^{6,7)}。但しこれらは短期間で転帰を評価したものである。思春期に精神疾患を有した患者の長期的な転帰に関して、イギリスで1946年から40年間行われた出生コホート研究によると、13歳時、15歳時に内在性疾患を有したものは健常者に比べて成人期に精神疾患を有するものが多かった¹¹⁾。小児科医は症状が遷延する患者を注意深く観察し、適切な時期に精神科医に紹介することが必要と考えられた。

まとめ

18年間に小児科医が心理士と連携して診療を行った後

に精神科医の介入を要した45例の臨床像について後方視的に検討した。主訴は身体症状28例、行動の問題13例、精神症状4例であったが、その後精神科を受診した主な理由は、行動の問題24例、精神症状17例、身体症状4例であった。33例で小児科での心因性疾患や発達障害の診断が、精神科を受診した後に精神科医の検討により変更になった。適切な紹介が行われるために小児科医、臨床心理士、精神科医によるカンファレンスを定期的に行った。

アンケートに回答してくださった患者、ご家族の皆様には感謝いたします。

本研究の詳細は、第5回日本小児診療多職種研究会(神奈川、2016年7月)で、また本研究の一部を第56回日本小児科学会(大阪、2015年4月)で発表した。

Conflicts of interest : 本稿作成に当たり、倫理審査の必要性はなく、開示すべき conflicts of interest (COI) は存在しない。

文 献

- 1) 沖 潤一. 子どもの心身症と神経症の実態調査から. 小児科臨床 2001; 54: 1077-82.
- 2) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局. 一般小児科医のための子どもの心の診療テキスト. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomoko/kokoro-shinryoui.html> (参照2016-09-30).
- 3) 小柳憲司. 心身医療をすべての子どもたちに. 日児誌 2014; 118: 455-61.
- 4) 厚生労働省: 平成23年(2011)患者調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/gaiyou.pdf> (参照2016-09-30).
- 5) 永瀬裕朗, 北山真次, 亀田愛樹, 相馬 収, 岡田由香, 稲垣由子, ほか. 子どもの精神的・心理社会的問題への大学病院小児科専門外来の取り組み. 日児誌 2004; 108: 37-44.
- 6) 東山ふき子, 館野昭彦. 大学病院小児科における心理的介入の多様性について—10年間の入院・外来統計より—. 小児保健研究 2006; 65: 62-6.
- 7) Hasuya H, Nemoto T, Funatogawa T, Katagiri N, Mizuno M. Psychosocial functioning of persons who develop serious mental illness after exhibiting a somatic prodrome in adolescence. Toho J Med. 2015; 1: 62-8.
- 8) 日本小児心身医学会. 小児心身医学会ガイドライン集. 第2版. 南江堂: 東京: 2015. p. 88-116.
- 9) 伊東ゆたか. 被虐待児の脳障害—脳波を中心に—. 小児科 2003; 44: 392-400.
- 10) 橋本卓史, 星野恭子, 麻生敬子, 伊藤祐佳, 竹内邦子, 長谷川慶, ほか. 過去20年間に当院で経験した被虐待児50例の臨床像と転帰. 日児誌 2004; 108: 864-9.
- 11) Colman I, Wadsworth ME, Croudace TJ, Jones PB. Forty-year psychiatric outcomes following assessment for internalizing disorder in adolescence. Am J Psychiatry. 2007; 164: 126-33.

Collaboration of Pediatricians, Psychologists and Psychiatrists at Toho University Omori Medical Center

Takuji Hashimoto^{1,5)} Yasuko Kojima¹⁾ Kumi Iino²⁾
Katanobu Watanabe²⁾ Tomoyuki Funatogawa³⁾ Hiroko Hasuya^{3,4)}
Yoichi Haga¹⁾ Tomotaka Nakayama¹⁾ Hiroyuki Takahashi¹⁾
Hiroyuki Matsuura¹⁾ Masafumi Mizuno³⁾ and Akira Ohara¹⁾

¹⁾Department of Pediatrics, Toho University Omori Medical Center

²⁾Psychologist, Department of Pediatrics, Toho University Omori Medical Center

³⁾Department of Neuropsychiatry, Toho University Omori Medical Center

⁴⁾Department of Neuropsychiatry, Toho University Ohashi Medical Center

⁵⁾Taku Kids Clinic

ABSTRACT: Objective: Pediatricians have a role in primary care of children's mental health issues. The purpose of this study was to clarify the collaboration of pediatrician with psychologists and psychiatrists.

Material and Methods: This study was conducted to monitor the pediatric outpatients and inpatients who were diagnosed with mental health issues while they visited pediatricians and psychologists over an 18-year period (1998 – 2015) at the Toho University Omori Medical Center. They were followed up by psychiatrists for treatment.

Results: In total, 45 (19 boys and 26 girls) patients with psychological and/or psychiatric problems were enrolled in this study. The age of the patients ranged from 5 to 15 at the initial visit. Twenty-eight patients (62%) had physical symptoms, 13 (29%) had behavioral problems, and 4 (9%) had mental symptoms as the chief complaints. Ten patients (22%) were diagnosed with orthostatic dysregulation and 7 (16%) with somatoform disorder by pediatricians, and they were referred to psychologists for counseling and recreational therapies. After the psychological treatments proceeded at the pediatric clinic, all patients had consultations with psychiatrists. The reasons for consultation were behavioral problems for 24 patients (53%), mental symptoms for 17 (38%), and physical symptoms for 4 (9%). Sixteen patients (36%) were diagnosed with pervasive developmental disorder. Three patients (7%) were diagnosed with schizophrenia after long-term observation. Twenty-one out of the 30 patients who had recognized clinical outcomes are still continuing treatments with psychiatrists.

Summary: In this study, the chief reasons for which the patients were referred to psychiatrists were behavioral problems or mental symptoms, and they accounted for 91% of all reasons. Occasionally, general pediatricians have difficulty in diagnosing psychogenic or developmental disorders. Thirty-three patients received different diagnoses from psychiatric assessments. For appropriate understanding, periodic conferences by pediatricians, psychologists, and psychiatrists will be useful.

J Med Soc Toho 64 (3): 170–174, 2017

KEYWORDS: mental health care, children and adolescents, collaboration, referral

1, 2, 3) 6-11-1 Omorinishi, Ota, Tokyo 143-8541

4) 2-17-6 Ohashi, Meguro, Tokyo 153-8515

5) 5-6-18 Kamiasao, Asao, Kawasaki, Kanagawa 215-0021

Journal of the Medical Society of Toho University

64 (3), Sept. 1, 2017. ISSN 0040-8670, CODEN: TOIZAG